

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

158

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Juillet à 1 heure

PAR

M. Constant FERRAND

TROUBLES VASCULAIRES

DU

LABYRINTHE

Président : M. GRANCHER,

Juges : MM.

{	JOFFROY
	MARIÉ
	GILBERT

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1896

458

THÈSE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 mai 1888

M. GONNARD VERKAND

TROUBLES VASCULAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

L'ABYSSIN

Présentée et soutenue le 10 mai 1888
M. GONNARD VERKAND

M. GONNARD VERKAND

Présentée et soutenue le 10 mai 1888

M. GONNARD VERKAND

Présentée et soutenue le 10 mai 1888

M. GONNARD

VERKAND

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Juillet à 4 heure

PAR

M. Constant FERRAND

TROUBLES VASCULAIRES

DU

LABYRINTHE

Président : M. GRANCHER,

Juges : MM. } JOFFROY
 } MARIÉ
 } GILBERT

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

41 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1896

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GRANCHER

Membre de l'Académie de Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	} DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	} DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE
	STRAUSS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire

M. PAJOT

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOU-	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	RETTE.	NELATON.	THOINOT.
BONNAIRE.	GELY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté ; M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

La surdité est une affection qui exerce sur le moral de l'individu une action déprimante, par l'impossibilité où elle le met d'entrer en relations directes avec les autres individus et ensuite par cette fausse conception de leur état, que se font ceux qui en sont atteints.

On avoue volontiers qu'on est aveugle, souvent il est vrai parce que c'est manifeste; on n'avouera que rarement qu'on est sourd, il semble qu'il y ait quelque chose de déshonorant à la surdité, surtout pour un jeune sujet.

Le vieillard, dans le flot des affections qui l'envahissent reconnaît toujours la surdité, il la redoute plus que toute autre, fait tout pour l'éviter, mais il s'y résigne. Chez les jeunes sujets il en est tout autrement : que de gens ont été conduits au suicide par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvaient de se débarrasser d'un ennemi d'autant plus terrible qu'il est plus dissimulé. Les bourdonnements qui chez les neurasthéniques peuvent souvent prendre une impor-

tance telle que le malade n'a ni trêve ni repos sont souvent la cause immédiate de ce désespoir contre lequel le malade lutte sans cesse, demandant à la science de l'arracher aux tortures qui lui rendent toute vie impossible.

Hélas le remède est loin d'être facile. Beaucoup d'hommes éminents ont voué leur existence à la recherche de cette solution; des résultats surprenants ont été obtenus; on a fait disparaître toute une classe de sourds qui devaient leur affection au développement anormal des végétations adénoïdes et à une obstruction des trompes consécutive; on a évité des désordres irréparables, en luttant avantageusement contre les otites suppurées qu'une croyance surannée respectait. On s'est attaqué enfin aux affections du labyrinthe qui sont les plus rebelles parce qu'elles sont moins à notre portée; on a obtenu des améliorations, quelques jolis succès mais il reste beaucoup à faire.

Puisse notre étude apporter à l'édifice pour lequel nous travaillons tous une modeste pierre, capable de résister aux épreuves du temps et des orages.

On voudra bien nous permettre d'en reporter le mérite à tous ceux qui de près ou de loin nous ont aidés de leurs conseils et de leur science.

Qu'il nous soit permis de remercier vivement M. Famel, pharmacien, dont nous avons été l'élève pendant plus d'un an et qui nous a inculqué les quelques connaissances thérapeutiques nécessaires à tout médecin.

Qu'il nous soit permis de remercier aussi M. le docteur Saint-Hilaire, médecin de l'Institut départemental des Sourds-muets, qui nous a initié aux mystères de l'otologie et dont nous avons été pendant plus de trois ans l'aide assidu aux consultations de sa clinique.

Enfin M. le professeur Grancher, voudra bien nous permettre de lui offrir cet humble hommage de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554029_0055

Anatomie et Physiologie du Labyrinthe

Le labyrinthe osseux comprend trois parties essentielles, le vestibule, les canaux semi-circulaires et le limaçon : le vestibule comme son nom l'indique, fait communiquer la caisse du tympan d'une part avec les canaux semi-circulaires et d'autre part avec le limaçon. Les canaux semi-circulaires au nombre de trois, antérieur, postérieur et supérieur ont une extrémité renflée, ampullaire, et une autre extrémité cylindrique, non ampullaire. Le limaçon ou cochlée comprend trois parties essentielles : le noyau ou columelle ou modiolus, qui est l'arbre autour duquel vont s'enrouler la lame des contours et dans l'intérieur de celle-ci la lame spirale. Cette lame spirale, divisera ainsi la lame des contours en deux cavités dont l'une répond à la fenêtre ronde et au tympan, ce sera la rampe tympanique et l'autre qui s'ouvre dans le vestibule, ce sera la rampe vestibulaire. Toutes ces cavités sont tapissées de périoste ou d'une membrane conjonctive se continuant avec la dure mère et renferment un ensemble de poches membraneuses qui ne sont autres que le labyrinthe membraneux. Le vestibule renfermera l'utricule et le saccule, le premier au-dessus, l'autre au dessous, le cul de sac initial du canal cochléaire et le canalis réunien de Hensen qui fait communiquer ce der-

nier avec le saccule. Dans l'utricule aboutiront les trois canaux semi-circulaires et un autre canal, le canal endolymphatique qui le réunit au saccule. Dans l'intérieur de ces poches membraneuses nous trouverons un épithélium sensoriel, des taches acoustiques des otoconies et en plus dans les canaux semi-circulaires, des crêtes acoustiques. Le canal cochléaire membraneux se compose d'un ligament spiral qui est un simple épaissement de sa paroi externe, de la bandelette sillonnée, autre épaissement de la face antérieure de la lame spirale. Il comprend en outre la membrane de Reissner, bien décrite par Løwenberg, formant sa paroi antérieure ou vestibulaire ; la membrane basilaire qui tapisse la paroi postérieure ou tympanique, enfin un revêtement épithélial de tout le canal présentant à un moment donné une disposition particulière pour former l'organe de Corti. Tous ces organes sont remplis d'un liquide l'endolymphe et baignent dans un autre liquide la périlymphe destiné à isoler le labyrinthe membraneux du labyrinthe osseux.

C'est dans cet appareil compliqué que vient se distribuer le nerf auditif. A son arrivée dans le conduit auditif interne il se divise en nerf cochléen et en nerf vestibulaire : Le nerf cochléen traverse le crible spiral, arrive à la columelle au ganglion de Corti et vient s'engager entre les deux lames de la lame spirale pour former le plexus spiral. Avant d'arriver sur le crible, il avait détaché un rameau

vestibulaire se distribuant à l'ampoule initiale du canal cochléaire. Le nerf vestibulaire, se divise rapidement en trois rameaux le premier destiné aux canaux semi-circulaires supérieur et antérieur et à l'utricule, le deuxième, nerf sacculaire va au saccule, le troisième aboutit au canal semi-circulaire postérieur.

Les artères qui nourrissent le labyrinthe viennent de l'auditive interne, branche de la basilaire. L'artère auditive interne fournirait d'après Siebnman trois rameaux principaux 1^o vestibulaire, 2^o cochléaire, 3^o vestibulo-cochléaire, il y aurait trois réseaux capillaires indépendants les uns des autres irriguant l'un la lame spirale, l'autre le canal de Rosenthal et les ganglions, le 3^o la membrane qui revêt les parois externe, supérieure et inférieure du canal du limaçon. De la branche vestibulaire, s'il faut en croire Huschke partent de fins rameaux destinés aux canaux semi-circulaires. Ces rameaux au nombre de deux par canal semi-circulaire pénétreraient par les deux extrémités opposées et marcheraient à la rencontre l'un de l'autre. Pour les terminaisons de l'artère cochléenne Schwalbe a décrit des glomérules vasculaires formés par le pelotonnement de ses fins rameaux. Enfin indépendamment de l'artère au-

ditive interne et de ses branches, le labyrinthe recevrait encore plusieurs branches de la stylo-mastoidienne qui irriguerait le vestibule et Politzer prétend avoir rencontré des artérioles se rendant de la caisse du tympan au vestibule. Le sang est ramené du labyrinthe par la veine auditive interne qui débouche dans le sinus latéral, par la veine de l'aqueduc du vestibule qui se jette dans le sinus pétreux supérieur et enfin par la veine de l'aqueduc du limaçon qui va rejoindre la jugulaire interne.

Il nous reste maintenant à déterminer le rôle que chacun de ces organes joue dans la perception des sensations auditives. D'après Helmholtz le vestibule et les ampoules serviraient à la perception des vibrations sonores non périodiques, aux bruits par exemple, tandis que le limaçon servirait à la perception des vibrations périodiques, des sons musicaux, le célèbre professeur allemand n'attribue aucune fonction aux canaux semi-circulaires. Cette théorie est fortement battue en brèche aujourd'hui par les physiologistes qui ont prouvé que toute lésion des canaux semi-circulaires provoquait des troubles de l'équilibre et même de l'ouïe. Masini prétend que « les canaux semi-circulaires sont des organes complémentaires de l'audition, qu'ils modèrent et coordonnent les impressions acoustiques ; ils ne représentent pas des organes particuliers

Schwalbe. — Ueber die glomeruli arteriosi der Gehörschnecke.

Masini. — Arch. ital. di Otol.

présidant à l'équilibre ; ils contribuent seulement à maintenir celui-ci, mais ne jouent pas à cet égard un rôle plus considérable que les organes du tact et de la vue. » Pour Corradi « les canaux semi circulaires et l'utricule servent à l'équilibre, le limaçon et le saccule servent à l'ouïe, les deux conduits qui en se détachant l'un du saccule et l'autre de l'utricule se réunissent pour former l'aqueduc du vestibule serviraient à des buts purement hydrauliques. Le saccule pourrait être considéré comme un réservoir pour l'endolymphe du conduit cochléaire : D'où, par le nerf cochléaire qui va au cerveau, sensibilité, et par la branche vestibulaire qui se perd dans le cervelet, équilibre » Thiery a fait l'autopsie d'un individu qui s'étant tiré une balle dans l'oreille n'avait présenté pendant les quelques heures de son existence que des troubles de l'équilibre ; il n'a trouvé que des lésions des canaux semi-circulaires. Le limaçon est l'organe des sensations acoustiques.

A quoi sont dus les bourdonnements, vertiges et tous les phénomènes subjectifs que nous observons dans les affections auriculaires ? Il est certain que le tintement d'oreilles, les bourdonnements, viennent d'une excitation des fibres du nerf cochléaire et que l'origine de tous ces phénomènes doit se trouver dans le limaçon, que cette excitation soit produite par des modifications de la pression endolabyrin-

Corradi. — id.

thique, par une intoxication directe de la cellule nerveuse ou par des phénomènes reflexes. Le vertige a été l'objet de théories différentes. Flourens n'avait vu en lui que le résultat d'une irritation directe des nerfs du vestibule et des ampoules, tandis que Baginsky en faisait un phénomène cérébral plutôt que labyrinthique ; c'était le résultat des changements brusques de pression dans l'espace subarachnoïdal, ces changements brusques de pression étant du reste communiqués par le liquide labyrinthique. En conciliant les deux théories, nous nous rapprocherons de la vérité. Les variations de pression endolabyrinthique, excitent les nerfs vestibulaires qui sous l'influence de cette excitation produisent le phénomène du vertige, aussi verrons-nous les affections de l'oreille moyenne et tous les troubles rapportés à la circulation labyrinthique d'une façon quelconque déterminer des vertiges par l'excitation des nerfs du vestibule et par l'excitation du nerf cochléaire les bourdonnements et la surdité.

: Les troubles vasculaires du labyrinthe jouent un rôle tellement prépondérant dans la production des vertiges, bourdonnements et de la surdité, que nous avons cru devoir en faire le sujet de notre étude, étude qui nous sera d'ailleurs facilitée par l'observation des affections similaires de l'œil et du cerveau.

Boerhaave disait : « Lorsque le sang rouge vient à faire défaut dans les artères de la base du crâne il peut en ré-

sulter toute une série d'accidents depuis le vertige jusqu'à l'apoplexie ». On pourrait dire avec autant de raison que orsque le sang afflue en trop grande quantité vers les artères de la base du crâne il peut se produire du vertige et l'apoplexie.

Nous aurons donc à examiner trois sortes de phénomènes : 1^o les phénomènes dus à l'anémie labyrinthique; 2^o à la congestion labyrinthique; 3^o à l'apoplexie labyrinthique.

1 Anemie Labyrinthique

PATHOGÉNIE. — Toutes les causes qui produisent l'anémie cérébrale peuvent provoquer l'anémie labyrinthique : les tumeurs de la base du crâne qui compriment le tronc de l'artère basilaire, les hémorrhagies graves qui privent les organes de leur élément nutritif, les spasmes vasculaires fonctionnels ou réflexes, les athéromasies plus ou moins généralisées, les artérites oblitérantes, les thromboses et embolies, telles sont les causes les plus connues de l'anémie labyrinthique.

A la suite des grandes hémorrhagies on voit fréquem

ment les malades présenter des tintements d'oreille, bourdonnements, vertiges et un mouvement de rotation particulier, en même temps il se produit de la surdité, de l'amblyopie, le malade ne peut plus se tenir debout, il est d'une pâleur extrême, une sueur froide parcourt ses membres, il vomit, il est en proie aux syncopes répétées. Ces phénomènes du également à l'anémie cérébrale et rétinienne concomitantes ont ceci de particulier, c'est d'en se produire lentement et de suivre les progrès de l'hémorrhagie; ils durent parfois quelques heures quelques jours après elle et tout rentre dans l'ordre lorsque l'équilibre est rétabli dans l'appareil circulatoire, lorsque les fibres nerveuses ont reçu la quantité de sang nécessaire à leur bon fonctionnement.

L'anémie labyrinthique se produit encore sous le coup d'une embolie, de thrombose, d'arterite oblitérante, d'athéromasie généralisée. Dans le cours des affections cardiaques il peut arriver qu'un embolus aille obstruer un vaisseau labyrinthique et modifier singulièrement la nutrition du territoire irrigué. Friedreich a observé un cas d'embolie de l'artère auditive interne qui avait provoqué une surdité subite des bourdonnements et des vertiges. Nous relatons une observation due à Szénes, de Buda-Pest, dans laquelle nous voyons se dérouler chez un athéromateux tous les phénomènes de l'embolie labyrinthique, surdité brusque, nausées, vomissements, vertiges, comme dans l'hémor-

rhagie labyrinthique, avec une sensation de vide dans la tête. Le malade guérit en quatre jours, il ne saurait donc être question d'une apoplexie. Chez les vieillards qui ont de l'anémie cérébrale, beaucoup des vertiges et des bourdonnements qu'ils présentent sont peut être dûs à une excitation des couches corticales auditives anémiées; mais nous sommes convaincus que la majeure partie de ces phénomènes subjectifs est sous la dépendance de l'athérome de l'artère auditive interne ou du tronc basilaire.

Nous avons observé les mêmes faits dans la surdité syphilitique progressive. Un malade a eu la siphilis depuis plusieurs années, il se plaint souvent de céphalées nocturnes, étourdissements, puis en quelques jours on voit apparaître d'autres symptômes, des bourdonnements, du vertige et de la surdité, puis petit à petit le malade n'entend plus rien. Tous ces phénomènes peuvent être le résultat de la compression d'éléments nerveux par une gomme, un tubercule ou une tumeur quelconque mais la marche et surtout le traitement nous montreront mieux que tous les symptômes, que nous sommes en présence d'une artérite oblitérante. Tandis que les phénomènes dus à une gomme disparaîtront comme par enchantement avec des doses quotidiennes de 6 ou 8 grammes d'iodure de potassium, ceux dus à l'artérite oblitérante s'amélioreront lentement, récidiveront même en plein traitement et demanderont une surveillance de tous les jours.

Il est d'autres cas où l'on peut voir apparaître l'anémie labyrinthique avec tous ses symptômes. c'est dans les névroses, les affections cardiaques, chez les individus qui présentent ce qu'on a appelé les spasmes vasculaires. Tous les troubles vaso-moteurs dus à une excitation des vaso-constricteurs peuvent également produire les mêmes phénomènes. Abercrombie cite le cas d'un jeune homme de trente ans qui devenait sourd chaque fois qu'il était assis ou debout tandis que dans la position horizontale il entendait comme tout le monde.

Les symptômes de l'anémie labyrinthique sont le vertige des tintements d'oreilles plutôt que de véritables bourdonnements, des troubles de l'audition ; on remarque une tendance marquée au vertige giratoire ; on distinguera l'embolie la surdité par les caractères suivants : Dans l'embolie la surdité est subite, dans l'apoplexie il y a généralement des bourdonnements prodromiques, l'embolus et le thrombus peuvent disparaître rapidement et avec eux la surdité ; enfin on examinera attentivement le cœur et les artères pour savoir s'il y a des lésions valvulaires ou athéromateuses.

Le pronostic dépend de la cause qui a produit l'anémie. S'il n'y a que des troubles vaso-moteurs, les troubles seront passagers mais si le labyrinthe est privé pendant longtemps du sang nécessaire au bon fonctionnement de toutes ses parties, la surdité par suite de la nécrobiose de l'organe

peut persister indéfiniment.

2° Congestion Labyrinthique

PATHOGÉNIE. — Les congestions labyrinthiques sont dues pour la plupart à des troubles vaso-moteurs produits soit par le froid l'alcool et les intoxications de toutes sortes, les dyscrasies ou maladies infectieuses, goutte rhumatisme syphilis, soit par des congestions de voisinage et des troubles réflexes. D'autres sont dues aux modifications de la tension artérielle et de l'appareil circulatoire: d'où les congestions actives et les congestions passives.

Les congestions actives comprendront donc

- 1° les Congestions par intoxications Vaso. Motrices.
- 2° Congestions de voisage.
- 3° Congestions d'ordre réflexe.

1° Congestion par intoxications. Vaso-Motrices. — Les plus connues, sont celles qui ont trait au sulfate de quinine et à l'acide salicylique. Nous en publions deux observations prises à la clinique du Dr St Hilaire. Le sulfate de quinine à fortes doses, produit une vaso-dilata-

tion par paralysie des nerfs vasculaires (Von Schroff.) M. Le professeur Hayem dans ses expériences sur les animaux, a trouvé chez tous ceux qu'il avait intoxiqués une dilatation des veines et de la stase veineuse. Il suffit de 0.25 à 0.40 de sulfate de quinine pour provoquer des bourdonnements et des bruissements divers dans les oreilles. Ces effets sont plus fréquents et beaucoup plus marqués aux doses de 0.40 à 0.80; il s'y joint de la pesanteur de la céphalalgie, des vertiges lorsqu'on passe du décubitus à la station verticale. A 1 gramme l'ouïe est affaiblie, il y a de la démarche titubante, des hallucinations de l'ouïe; les bourdonnements peuvent persister très longtemps. Aux doses de 2 à 4 grammes, la démarche est chancelante, la surdité peut être complète et les troubles persister indéfiniment. Il est rationnel de penser qu'il s'est produit des hémorragies, dans ce dernier cas, comme le sulfate de quinine en produit parfois dans l'intestin et le rein.

Pour le salicylate de soude, Kirchener s'est livré à des expériences très intéressantes. A la dose de 4 grammes ce médicament provoque très souvent des bourdonnements, des bruits de vagues, des bruissements dans la tête et de la surdité qui ne se manifeste parfois que quelques heures après l'ingestion de doses considérables. Les vertiges n'ont été observés qu'aux doses de 8.10 grammes; il y a en plus

de la démarche titubante, de l'animation de la face, des bouffées de chaleur à la tête, une véritable ivresse. Kirchner a trouvé une vaso-dilatation cérébrale chez tous les animaux qu'il avait intoxiqués.

Les dilateurs vasculaires donnent lieu, selon les doses auxquels on les emploie, à des troubles circulatoires dans le labyrinthe, se traduisant par des vertiges, des bruits subjectifs, de la torpeur, parfois même des vomissements. Les iodures produisent de la vaso-dilatation avec abaissement de pression. Germain Sée et Lopicque, ont particulièrement étudié cette action hypérémiant de l'iode, pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie, aussi, arrive-t-il fréquemment de voir les personnes soumises à un régime iodé avoir des bourdonnements et du vertige.

Le nitrite d'ample que l'on emploie pour combattre les accidents syncopaux de l'anémie cérébrale (Lermoyez) a les défauts de ses avantages ; il produit d'abord de la lourdeur de tête, des vertiges, des sifflements, puis des bourdonnements, de la stupeur (Veyrères) les méninges sont congestionnées, le cerveau devient turgescent et on le voit faire saillie à travers l'ouverture du crâne (Schüller). M. Bourneville a signalé une congestion de la rétine, avec hallucinations de la vue.

La trinitrine que Dujardin Beaumetz a employé en injec-

Manquat. — Traité de Thérapeutique.

Germain Sée. — Compte-rendu à la Société de Biologie.

tions hypodermiques donne lieu aux mêmes troubles labyrinthiques « le patient sent que son crâne est prêt à éclater » l'hypéremie cérébrale et rétinienne est à son maximum. La morphine, agit en paralysant les vaso-constricteurs et produit la vaso-dilatation des centres nerveux. Les anesthésiques, quelques hypnotiques et certains alcaloïdes, donnent lieu, par suite de l'hypéremie labyrinthique qu'ils provoquent, aux mêmes accidents, surdité, vertiges, bourdonnements.

Dans certaines maladies infectieuses, rhumatisme syphilitis, etc., on voit apparaître les mêmes phénomènes, probablement sous l'influence de toxines vaso-dilatatrices. Dans la syphilis l'hypéremie labyrinthique est associée au catarrhe de la caisse, parfois même au catarrhe du pharynx et à la teinte vermillon du voile du palais.

Les bourdonnements, les vertiges, peuvent être les premiers signes du tabes (Gellé). Hirt en a signalé plusieurs observations.

2^o *Congestions de voisinage.* — Les congestions de l'oreille moyenne, catarrhe de la caisse, catarrhe de la trompe d'Eustache, otites moyennes, ont une grande influence sur la pression endolabyrinthique et nous croyons que bien des bourdonnements, vertiges, vomissements, que l'on rencontre dans les phlegmasies de l'oreille moyenne sont pro-

duits par une hyperémie labyrinthique associée au processus phlegmasique qui a envahi la trompe ou la caisse. Beaucoup d'otites moyennes donnent lieu à des symptômes réalisant le syndrome de Ménière, nous en publions une observation très nette. Dès que l'affection eut disparu, que la caisse, le tympan et la trompe eurent repris leur aspect normal, tous les bruits disparurent. Dans les congestions cérébrales on a noté des éblouissements, tintements d'oreilles, du vertige, des étourdissements de la tête, on a noté aussi l'hyperémie de la rétine avec ses barres rouges, ses raies de feu signalées par Galien, la plupart de ces phénomènes sont évidemment dus à l'action de l'hyperémie cérébrale sur les centres auditifs et optiques, mais il n'en est pas moins vrai que souvent il y a association hyperémique, entre le cerveau, le labyrinthe et la rétine puisqu'indépendamment de la congestion rétinienne, on a noté une vascularisation de la membrane du tympan.

CONGESTIONS REFLEXES. — Les congestions d'ordre réflexe se produisent sous l'influence d'une excitation centrale ou périphérique. Rutten a observé le vertige auriculaire dans le bain. Dans l'hystérie, dans la neurasthénie, il se produit également des hyperémies d'ordre réflexe. Nous avons emprunté à Rohrer une observation, que nous publions plus loin, concernant un enfant hystérique qui avait brusquement perdu l'ouïe et l'avait recouvrée aussi brusquement. Un auteur espagnol Molist a signalé dans la neu-

raslhénie une vaso-dilatation des vaisseaux du limaçon pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie. Il a observé le cas d'un individu qui se plaignait de vertiges et de bourdonnements, ces vertiges et bourdonnements disparaissaient lorsqu'on exerçait une légère compression sur les carotides. Nous rapprocherons de ce fait une observation personnelle prise à la clinique du Dr St-Hilaire, celle d'une jeune institutrice qui avait eu plusieurs attaques d'hystérie. Il suffisait à cette jeune personne de serrer un peu le ruban qu'elle portait au cou pour provoquer immédiatement des bourdonnements, vertiges de la surdité. L'effet de remettre son corset, de le serrer un peu plus que de coutume voire même de l'enlever produisaient selon le cas la congestion ou l'anémie du labyrinthe. La compression des carotides ne donnait aucun résultat mais si l'on pressait doucement sur les jugulaires, on obtenait aussitôt l'effet désiré. On peut rapprocher de ces congestions, celles que Gellé a signalées à la suite de la suppression brusque des règles et celles que l'on observe au cours de la grossesse.

Dans les affections cardiaques la stase encéphalique est rarement précoce, néanmoins lorsqu'on l'observe elle se traduit au labyrinthe par les phénomènes que nous venons d'étudier. Il est surtout une affection qui mérite d'attirer notre attention par les alternatives d'anémie et de congestion qu'elle fait subir aux organes du labyrinthe : je veux

Rullen. --- Vertige auriculaire.

parler de l'insuffisance aroïque dont les fluxions cephaliques se traduisent par des épistaxis, battements dans les oreilles, éblouissements, tintements d'oreilles. Il se produit en outre des bourdonnements, des vertiges par suite des oscillations multiples que subit la pression endolabyrinthique.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC. — Les symptômes par lesquels se traduisent les congestions labyrinthiques sont d'abord un tintement d'oreilles qui se transforme bientôt en bourdonnements simulant un bruit de vagues, un sifflet de locomotive, un jet de vapeur. Bientôt apparaissent les veriges, et cette démarche particulière si bien décrite par Charcot dans la maladie apoplectique. L'ouïe, généralement conservée, s'altère très rapidement, si les phénomènes congestifs se prolongent et il y a une tendance marquée à la perte des sons élevés. Ajoutez à cela, une absence de lésions tympaniques, sauf dans quelques circonstances où il y a une légère congestion concomitante et l'on aura le tableau complet de la labyrinthite congestive.

Il est souvent fort difficile de distinguer les bourdonnements d'oreilles, vertiges, d'origine labyrinthique, de ceux qui accompagnent les tumeurs cérébrales, ou qui sont le résultat d'excitations corticales ou bulbaires. Il suffira

Manuel de Médecine. --- Debove et Achard.

Dieulafoy. --- Manuel de Pathologie interne.

cependant dans les cas de congestion labyrinthique, de faire varier la pression endolabyrinthique soit par la méthode de Politzer en insuffiant de l'air dans les trompes et l'oreille moyenne soit par la méthode de Gellé, en comprimant de l'air dans le conduit auditif pour provoquer des vestiges, des nausées et une sensation d'angoisse très pénible.

Mais comment différencier l'anémie de la congestion labyrinthique ? Dans la congestion il y a généralement de la rougeur de la face, il peut y avoir de la rougeur des tympanes, du catarrhe de l'orifice des trompes; néanmoins, ces signes n'ont pas paru suffisants à M. Lermoyez qui a proposé l'épreuve au nitrite d'amyle. On fait respirer au malade quelques gouttes de nitrite d'amyle. Si le malade est atteint d'anémie labyrinthique, les vertiges, bourdonnements disparaissent immédiatement, pour reparaitre plus tard il est vrai; dans les cas de congestion labyrinthique, les bourdonnements, vertiges n'auront fait qu'empirer.

3. Apoplexie labyrinthique

PATHOGÉNIE. — L'apoplexie labyrinthique, comme l'apoplexie cérébrale, est une modification brusque des fonctions de cet organe, se traduisant par un ensemble de symptômes connus sous le nom de maladie de Ménière. C'est en effet Ménière qui le premier en 1861, fit connaître la maladie qui porte son nom. Il s'agissait d'une jeune fille qui à l'époque de ses règles devint sourde subitement à la suite d'un léger refroidissement en même temps qu'elle fut prise de vertiges, bourdonnements, nausées, vomissements. Cette jeune fille mourut cinq jours après le début des accidents sans qu'il fût possible de déterminer la lésion qui avait entraîné la mort. On ne trouva en effet à l'autopsie qu'un épanchement rougeâtre dans les canaux semi-circulaires, et le vestibule; le limaçon parut absolument normal.

Depuis les observations se sont multipliées : les traumatismes, les intoxications de toutes sortes, les modifications de la pression circulatoire ont fourni un contingent remarquable d'hémorrhagies labyrinthiques.

On a vu que certaines maladies avaient une tendance particulière à produire des hémorrhagies cérébrales rétiennes, labyrinthiques et on s'est demandé pourquoi la leucocytémie, l'anémie pernicieuse, l'ictère grave, la sy-

philis, le purpura, le typhus et quelques autres pyrexies, possédaient ce triste privilège. La réponse n'a pas paru toujours facile; néanmoins, il est prudent de penser à une altération artérielle due aux toxines qui se trouvent charriées dans l'économie. Ces toxines déterminent une endarterite ou périarterite, pour aboutir ici comme dans tous les autres organes à la formation d'un anévrysme miliaire et à une sclérose vasculaire. Cet anévrysme, sous l'influence d'un mouvement brusque, des efforts, du froid, de l'hypertension artérielle de la suppression rapide d'un flux menstruel se rompra et déterminera une apoplexie labyrinthique.

A côté de ces hémorrhagies par altérations vasculaires, il y en a d'autres où il est impossible de reconnaître comme cause efficiente autre chose que des troubles vaso-moteurs : je veux parler des hémorrhagies des hystériques et des neurasthéniques, des hémorrhagies que l'on rencontre dans toutes les névroses en général.

Nous aurons donc à examiner :

- 1° Les hémorrhagies d'origine traumatique;
- 2° — par altérations vasculaires,
- 3° — par troubles vaso-moteurs;

1° *Apoplexie labyrinthique traumatique.* — Les traumatismes jouent un rôle assez restreint dans la pathogénie des apoplexies labyrinthiques bien qu'il soit assez fréquent d'observer de la surdité à la suite d'une chute ou d'un coup sur la tête. En effet les fractures du rocher peuvent comme

les simples contusions ne provoquer parfois que des troubles passagers de l'ouïe; mais le plus souvent elles donnent lieu à deux ordres de phénomènes. En premier lieu, on voit apparaître à la suite de l'écoulement sanguin ou séreux une surdité subite avec vertiges, nausées, vomissements. Cette surdité persiste même après l'écoulement du liquide qui nous a permis de diagnostiquer une fracture du rocher, en second lieu, la surdité s'est établie graduellement mais parfois assez rapidement, avec tout le cortège des affections labyrinthiques, mais sans présenter aucune relation avec l'écoulement externe. Dans le premier cas, nous avons eu affaire avec une apoplexie labyrinthique dans le deuxième cas, avec une surdité provoquée soit par des phénomènes de compression d'un cal exubérant, soit par la nécrobiose des organes labyrinthiques. Ce dernier cas est le plus fréquent. Les hémorrhagies dues aux traumatismes ont cependant des symptômes moins alarmants que ceux que l'on observe dans les apoplexies leucémiques par exemple, les bourdonnements et les vertiges sont moins accusés, ils disparaissent même parfois au bout de quelques jours ainsi que la surdité, et il peut n'y avoir d'autres troubles que, l'impossibilité de percevoir certains sons; mais le malade reste exposé aux graves complications cérébrales, méningite, paralysies, qui nous mettent dans l'obligation de réserver le pronostic de l'hémorrhagie labyrinthique traumatique.

2° Apoplexies labyrinthiques par altérations vasculaires.

— Les hémorrhagies dues à une altération des parois des vaisseaux labyrinthiques sont autrement fréquentes: l'anémie pernicieuse qui produit la dégénérescence grasseuse des parois artérielles cérébrales, favorise les hémorrhagies labyrinthiques tout comme celles de la rétine (Biermer); il en est de même de la leucocythémie qui produit les infractus blancs : « Ce sont les leucocytes qui par leur accumulation dans les capillaires compriment les éléments nobles et y déterminent des dégénérescences ». C'est alors que se produisent ces hémorrhagies qui peuvent être blanches, tellement le nombre des globules blancs est considérable et qui font que la labyrinthite leucémique est analogue à la rétinite leucémique si bien décrite par Liebreich.

Nous empruntons à Lannois une observation de labyrinthite leucémique, prise dans le service de M. le professeur Lépine. Le malade mourut et à l'autopsie on trouva au limaçon seulement « un peu d'infiltration à la partie inférieure de la rampe vestibulaire; aux deux oreilles les lésions étaient les mêmes. La substance osseuse du rocher était plus vascularisée et creusée de nombreuses cavités dans lesquelles on trouva de la moelle osseuse avec de très nombreuses cellules ».

L'ictère grave peut également être rangé à côté de ces maladies qui par l'action de leurs toxines ou poisons ont des propriétés hémorrhagipares tout comme le sublimé ou

le virus pyocyane de M. Charrin, il en est de même du typhus, du purpura, de la variole, de la scarlatine et de toutes les fièvres éruptives dont les localisations hémorragiques peuvent se faire aussi bien au labyrinthe, qu'au cerveau, à la rétine et dans le rein. Tous les auteurs ont signalé des cas de surdité subite survenant dans le cours de ces maladies.

La grippe peut également produire des troubles de vascularisation, allant de l'hypérémie simple jusqu'à l'hémorragie. Les surdités consécutives à la grippe sont extrêmement fréquentes; elle tiennent d'abord aux otites suppurées décrites par Loewenberg et Gellé; mais elles tiennent aussi à une localisation des toxines grippales sur la cellule nerveuse dont l'action se trouve par là même anéantie et à des altérations ou modifications de l'appareil vasculaire labyrinthique. Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui a eu la grippe et qui a présenté subitement les symptômes de la maladie de Ménière, il semble bien difficile de ne pas songer à la possibilité d'une apoplexie labyrinthique.

Pour la diphtérie, Garnault prétend que le bacille de Klebs détermine l'érosion des vaisseaux, des hémorragies; il en est de même pour les oreillons, la méningite épidémique.

Moos et Steinbrugge, dans les labyrinthites consécutives à la fièvre typhoïde ont trouvé une infiltration de

petites cellules, des hémorrhagies vestibulaires avec néoformations conjonctives.

La pneumonie, elle aussi, provoque la surdité mais de deux façons différentes. Ou bien la pneumonie achève son évolution et il se déclare une méningite à pneumocoques si bien étudiée par Netter, avec pus verdâtre bien lié, méningite de la convexité, pouvant provoquer par ses localisations corticales des paralysies acoustiques, optiques faciales, etc., ou bien la pneumonie est terminée, lorsque brusquement se déclare une surdité avec vertiges, bourdonnements, nausées. A quoi peut bien tenir cette surdité? Est-ce une localisation méningitique sur les couches corticales qui président aux fonctions de l'ouïe ou bien est-ce une apoplexie labyrinthique?

Nous publions l'observation prise à la clinique, d'un malade chez lequel, à la suite de la pneumonie, il se déclara une surdité subite avec vertiges, bourdonnements. Le malade qui avait quitté l'hôpital depuis deux jours dut y rentrer de nouveau il y fut traité pour une méningite qui guérit très bien sans entraîner aucune infirmité; seule la surdité qui avait annoncé la méningite a persisté. Dans ce cas, il a dû y avoir hémorrhagie labyrinthique avec propagation aux méninges et c'est alors que le pneumocoque a dû produire les accidents que nous connaissons étant donné que « la méningite pneumococcique survient par le fait de l'infection sanguine ». Debove et Achard.

Moos a également décrit au cours d'une pachyménie-gite hémorrhagique un cas de surdité subite. Il trouva à l'autopsie des hémorrhagies dans la lame spirale l'utricule et le canal de Rosenthal.

Nous arrivons maintenant aux maladies dites dyscrasiques : alcoolisme, goutte, saturnisme, arteriosclerose rhumatisme, mal de Bright. Les artères subissent la dégénérescence athéromateuse, il y a de la sclérose vasculaire et comme toutes ces dyscrasies s'accompagnent généralement d'hypertrophie cardiaque d'hypertension artérielle, quoi d'étonnant qu'il se produise des anévrysmes miliaires destinés à se rompre sous la moindre influence. C'est surtout dans les néphrites de longue durée que l'on remarque les tendances aux hémorrhagies, épistaxies, hémorrhagies rétiniennes (rétinite albuminurique) hémorrhagies cérébrales et labyrinthiques. Les hémorrhagies peuvent être disséminées sous formes de taches apoplectiques siégeant le long des vaisseaux les capillaires sont hyperémiés et les fibres nerveuses sont œdématisées, ou bien c'est une extravasation sanguine assez considérable, le malade fait son épistaxis dans son labyrinthe.

A ce propos nous relatons une observation fort intéressante prise à la clinique du Dr St-Hilaire. Il est question d'une famille dont le père, un fils et une fille furent atteints de surdité subite au cours du mal de Bright, le père et le fils étaient arrivés au brightisme par des néphrites à tri-

gore, la fille semble faire remonter l'origine de ses maux de reins, céphalées, mouches volantes, amblyopie, à un refroidissement qu'elle contracta au moment de ses règles. Simon de New-York avait prétendu que l'apoplexie labyrinthique était héréditaire, il avait même cité deux observations à l'appui ; il serait plus exact de dire que c'est le processus qui a déterminé l'apoplexie qui est héréditaire, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'un artérioscléreux.

La syphilis elle aussi participe à la constitution de l'anévrysme miliaire en provoquant sur les vaisseaux des lésions d'endopériartérite ectasiantes. « Les artères malades sont déformées, irrégulières, couvertes de taches blanches ou jaunâtres, opaques, formant des nodules pariétaux lenticulaires, ou plus souvent occupant toute la circonférence du vaisseau. La paroi étant épaissie, l'artère est plus dure au toucher mais elle est aussi plus friable. Son calibre est rétréci par l'épaississement concentrique et quelquefois par des végétations de sa tunique interne. » d'où production d'anévrysmes miliaires ou de thromboses. L'évolution de l'apoplexie syphilitique se fait par poussées successives, rarement le début est soudain, le malade a eu des céphalées nocturnes, quelques phénomènes de congestion labyrinthique, vertiges, bourdonnements, puis à la suite de deux ou trois attaques le malade arrive à la surdité complète.

Nous pouvons rapprocher de l'apoplexie syphilitique, les apoplexies que l'on a décrites dans le cours du tabes. Gottstein et Gellé en citent plusieurs cas.

3^o *Apoplexie labyrinthique par troubles vaso-moteurs.*

— Il existe enfin une dernière catégorie d'hémorrhagies labyrinthiques dues à des troubles vaso-moteurs, je veux parler des hémorrhagies que l'on rencontre dans le cours des névroses, hystérie et neurasthénie. Le professeur Gradenigo a attiré d'une manière toute particulière, l'attention sur les hémorrhagies auriculaires des hystériques, surtout sur celles dont le pavillon, le conduit auditif et l'oreille moyenne sont le théâtre. Mais on ne possède que peu d'observations d'apoplexies labyrinthiques d'origine hystérique. Nous nous rappelons cependant en avoir observé une chez une jeune fille de dix-huit ans, qui avait eu plusieurs « attaques de nerfs ». « La sordita, dit Gradenigo, si stabilisce ad un tratto bruscamente, in seguito a un violento movimento dall'animo o ad un accesso tipico di isterismo. » Puis apparaissent les bourdonnements, vertiges, nausées, vomissements, c'est le syndrome de Ménière au complet. Ces surdités apoplectiques sont beaucoup plus lentes à disparaître que les surdités hystériques provoquées par l'hypérémie labyrinthique, néanmoins elles disparaissent souvent au bout de quelques

Gradenigo. — Surdité hystérique.

semaines et tout rentre dans l'ordre. Il en est de même des hémorrhagies neurasthéniques dont Molist a relaté une observation. Tous ces phénomènes sont probablement dus à une excitation bulbaire du centre vaso-moteur ou plus vraisemblablement à des troubles sympathiques.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — Par quels symptômes se révèlent donc ces apoplexies labyrinthiques? C'est d'abord un début brusque, violent, les malades ont une sensation de vertige telle, qu'ils tombent parfois à la renverse, ou cherchent à s'accrocher aux objets qui leur tombent sous la main. En même temps, apparaissent des bourdonnements, un bruit de vagues, c'est un vacarme épouvantable dans leur oreille : des sifflets de locomotive sont associés à la mélodie des instruments à musique, au son des cloches, le malade n'entend plus rien que ce bruit, il porte instinctivement sa main à l'oreille, il cherche à modifier la pression en introduisant son doigt dans le conduit, il prend un regard hébété, inquiet, qui va parfois jusqu'à la torpeur. Parlez-lui, il n'entend plus, il n'a plus notion de rien, il reste immobile et s'il se risque à marcher c'est d'un pas tremblant qu'il le fait ; il avance lentement, les jambes écartées, les bras tendus, ainsi que l'a fort justement observé Charcot. Ajoutez à cela des nausées, vomissements plus ou moins rebelles, une sueur froide, ruisselant sur sa face, dont la pâleur est souvent le signe précurseur d'une syncope imminente, et vous aurez le

tableau complet de l'apoplexie labyrinthique. Ces symptômes alarmants ne persistent cependant pas longtemps, car petit à petit, le malade s'habitue à son infirmité jusqu'à ce qu'une nouvelle crise le reprenne. On voit certains malades avoir des crises vertigineuses toutes les demi-heures, toutes les heures, aussi bien dans la position horizontale, que dans la position verticale, puis ces crises s'espacent, les vertiges et les bourdonnements s'amendent, mais il est une fonction qui ne s'améliore que rarement, c'est l'ouïe.

Il ne faudrait pas cependant croire que cette surdité subite, accompagnée de crises vertigineuses, de bourdonnements, appartienne en propre à l'apoplexie labyrinthique. Le syndrome de Ménière se rencontre en effet dans un certain nombre d'autres affections. Schwartzé rapporte une observation de surdité du côté droit et de dureté de l'ouïe du côté gauche due à une tumeur du cer-velet ; il y avait des bourdonnements, vertiges, nausées, mais il y avait aussi des troubles oculaires et une paralysie faciale incomplète. Les tumeurs qui provoquent la surdité en comprimant les nerfs de l'audition, procèdent lentement et laissent le plus souvent la perception intacte ; il en est de même des tumeurs qui occupent les couches corticales auditives, des exsudats méningitiques de la base qui provoquent d'autres paralysies dans le domaine des nerfs de la face.

On ne confondra pas l'apoplexie labyrinthique avec l'ataxie ; l'ataxique a le signe de Romberg beaucoup moins accusé que le malade frappé d'apoplexie labyrinthique. De plus ce dernier présenterait assez fréquemment, s'il faut en croire Politzer et Guyé des altérations dans l'écriture. D'autre part si l'apoplexie est unilatérale le malade aura toujours une tendance du côté lésé. Un grand nombre d'affections de l'estomac, du foie et d'autres organes, produisent du vertige (*vertigo à stomacho laeso*) des bourdonnements et des nausées, mais il n'y a pas cette surdité brusque qui caractérise à elle seule la maladie de Ménière.

Il y a cependant des otides moyennes aiguës qui sont remarquables par la brusquerie de leur apparition. Un malade se réveille sourd le matin avec des vertiges, bourdonnements, il vomit parfois, il a le syndrome de Ménière au complet ; mais il a en plus des douleurs, un chatouillement insupportable dans le fond de l'oreille. A l'examen le tympan est rouge sur toute sa circonférence, le manche du marteau est entouré d'arborisations vasculaires. Dans la gorge il y a presque toujours un catarrhe très prononcé, surtout à l'entrée des trompes.

C'est en examinant le conduit, qu'on évitera de confondre une apoplexie labyrinthique, avec l'obstruction parfois brusque du conduit auditif, par un bouchon de cérumen dont la présence produit de la surdité et une variation

de pression endo-labyrinthique se traduisant par des bourdonnements et des vertiges.

Nous reconnaitrons que quelqu'un est atteint de surdité par apoplexie labyrinthique aux signes suivants : 1° il n'entend pas la montre, il n'a aucune perception crânienne, signe de peu de valeur, car il existe dans presque toutes les scléroses invétérées. 2° il y a l'épreuve de l'acoumètre qui est aussi peu probante. 3° l'épreuve du diapason. C'est Bonnafoit qui le premier dans un compte-rendu à l'Académie des sciences montra que dans les affections du labyrinthe, la faculté de perception pour les sons élevés diminuait considérablement, alors que les sons bas étaient relativement bien perçus. Il faudra donc passer en revue les différentes gammes des diapasons, pour savoir si les vibrations se transmettant par l'air sont entendues, et si se transmettant par les os de la tête, elles sont perçues. On a observé que l'absence de perception des vibrations du diapason par l'oreille affectée était un signe constant dans les affections du labyrinthe (Politzer).

Lucæ a proposé un signe différentiel d'une plus grande valeur je veux parler de l'expérience de Rinne. Voici en quoi consiste cette expérience : « On prend un diapason contre de 512 vibrations, on le place sur le milieu du front ou sur l'apophyse mastoïde, on le fait vibrer jusqu'à ce que le son ne soit plus perçu ; si alors on approche immédiatement de l'oreille les branches du diapason, sans

le frapper de nouveau, le son sera entendu de nouveau, à l'état normal ; c'est ce qu'on est convenu d'appeler l'expérience positive de Rinne. Dans les altérations de l'ouïe où l'expérience de Rinne donne un résultat positif on peut admettre d'après Lucace une maladie de l'oreille interne. Là au contraire où le résultat est négatif, c'est-à-dire où le diapason transporté des os de la tête au devant de l'oreille, n'est plus entendu, l'on a devant soi une altération de l'appareil de transmission du son. »

Gellé a encore proposé un autre signe différentiel fondé sur ce principe : Lorsque l'on comprime de l'air dans le conduit externe, la perception de la montre et du diapason par les os de la tête, est diminuée. « S'il y a un obstacle au passage du son, une ankylosé de l'étrier par exemple, le son n'est pas modifié pendant l'expérience. Si au contraire le labyrinthe est affecté et l'étrier mobile, à chaque compression de l'air, il y a production d'une sensation de vertige et de bourdonnement d'oreille, en un mot les symptômes d'accroissement de la pression dans le labyrinthe. »

Enfin on a utilisé le sifflet de Galston et les cylindres de Koenig pour analyser les lacunes partielles dans la perception des sons. M. le Dr St-Hilaire a bien voulu nous communiquer à ce sujet les résultats qu'il a obtenus à l'Institut départemental des sourds muets, dont-il est le médecin: Les

baguettes de Koenig à 12.000 vibrations sont presque toujours perçues; celles qui auront 16.000 ne le sont plus que rarement, celles de 18000 ne l'ont jamais etc. Le sifflet de Galston est rarement entendu au-dessus de cinq divisions.

Comme derniers symptômes, il faudra attacher une certaine importance au bon état de la membrane du tympan, qui n'offre point l'aspect blanc mat, caractéristique des sclérotoses et à la mobilité des osselets. Parfois cependant, lorsqu'il y a un catarrhe de la caisse concernit, le pourtour de la membrane, sera parcouru, ainsi que les bords du manche du marteau par de fines arborisations vasculaires qu'il ne faudra pas confondre avec les manifestations aiguës de l'otite moyenne. Enfin on examinera, le pharynx, les trompes si tous les symptômes énoncés plus haut, se déroulent sans manifestations catarrhales du côté des trompes, il y aura des chances pour qu'on ait affaire à une affection labyrinthique.

PRONOSTIC. — Le pronostic est sérieux, la surdité est généralement définitive; cependant dans quelques circonstances sous l'influence d'un traitement rationnel, on a vu la surditée s'améliorer, la perception des notes élevées réapparaître, ce que, ce Moos avait toujours considéré comme un signe favorable.

Archiv. für Ohrenheilk. Szene. Buda-Pest.

Embolie

1^{re} OBSERVATION

Homme de 60 ans, musicien, auprès duquel il fut appelé le 9 novembre 1892. 20 ans auparavant le malade, atteint de surdité fut cath t ris  avec succès pendant quelques semaines ce qui détermina une légère diminution de l'audition à droite mais si faible qu'elle ne nuisit ni à sa profession de chanteur ni à ses relations sociales, ce qui l'empêcha de se soigner. D'après le dire de son médecin le malade serait atteint d'athérome artériel accompagné d'emphysème pulmonaire avec légère hypertrophie consécutive du ventricule droit. En raison d'un catarrhe bronchique que son état emphysémateux lui rend pénible, le malade reste à la maison depuis quelques jours et en se réveillant à 4 heures du matin il s'aperçoit qu'il est sourd de l'oreille gauche, la veille au soir il entendait parfaitement bien. Il envoie chercher son médecin qui me fait appeler et je trouve le malade dans l'état suivant. Quoique très impressionné par sa surdité subite, le malade était tranquille dans son lit car le moindre mouvement de la tête lui donnait un vertige qui augmentait lorsqu'il s'as-

seyait; nous dûmes le lever et le soutenir, car il chancelait, il se plaignait d'engourdissement de la tête et de nausées. L'examen au speculum donne un résultat négatif, car à part une petite plaque calcaire en forme de croissant, située à la partie antérieure de la membrane tympanique droite, les deux tympans ne révélaient rien qui pût faire croire à une affection aiguë. L'épreuve de l'ouïe révéla du côté gauche devenu subitement sourd un tel abaissement de l'audition, que les mots seuls étaient perçus à voix très haute au contact de l'oreille, le diapason perçu seulement par le maxillaire supérieur et l'opophase mastoïde, mais non par le crâne. En raison de l'âge du malade je n'attachai pas une grande importance à cette conductibilité osseuse incomplète. Je ne m'occupai guère non plus de l'oreille droite atteinte de sclérose chronique de l'oreille moyenne. Par le cathéterisme l'air pénétra parfaitement bien dans les deux trompes, mais l'acuité auditive ne se modifia pas. L'iodure de potassium administré provoqua un coryza violent chez le malade et la pilocarpine étant contre indiquée en raison des troubles cardiaques nous recommandâmes le repos absolu, toutes les demi-heures une ablution froide sur la tête et de la limonade contre les nausées. Dans la journée je revis le malade dont l'état n'avait pas varié, mais le lendemain dans l'après-midi, environ 36 heures après le début de l'affection à forme apoplectique l'ouïe revint, mais le vertige et les autres symptômes

subjectifs ne disparurent qu'au bout de dix jours lorsque le malade sortit. Six mois après le malade vint me voir et je trouvai un abaissement bilatéral de l'audition beaucoup plus accentué à droite, car il ne percevait la montre qu'à un centimètre, tandis qu'à gauche il l'entend à 120 centimètres, il ne paraît pas non plus percevoir à droite les sons graves du diapason par la conductibilité aérienne. Par l'épreuve de Veber on latéralisait le son du diapason à l'oreille gauche, l'épreuve de Rinne étant aussi positive à gauche.

II^e OBSERVATION PRISE A LA CLINIQUE

Intoxication vaso-motrice. — Homme, 35 ans, employé de commerce.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rougeole à 6 ans, fluxion de poitrine à 18 ans, va au Tonkin, on lui fait prendre 1 gramme de quinine tous les matins. Au bout de quelques jours il fut pris de nausées et de bourdonnements avec vertiges qui ne cessèrent pas pendant tout le temps qu'il prit du sulfate de quinine. Il rentre en France ayant toujours ses bourdonnements et ses vertiges, avec de la surdité. Il vient se faire examiner à la clinique.

Ses deux tympans sont absolument normaux, nous ne trouvons aucune manifestation catarrhale du côté de la caisse. Il entend la montre à 0,20 centimètres, le diapason est très difficilement perçu au milieu du front. L'expérience de Rinne est positive.

On lui a fait prendre pendant quelques jours une potion contenant 3 gr. d'ergotine pour 150 grammes de sirop d'écorces d'oranges amères et le malade a été guéri.

III. OBSERVATION PRISE A LA CLINIQUE

Intoxication vaso-motrice. — Salicylate de soude. —
Homme 28 ans, terrassier.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rougeole à 3 ans, bronchite à 8 ans. A 15 ans il a eu des douleurs dans les articulations qui ont disparu après quelques jours de repos. Etant au service militaire, il est repris par ces mêmes douleurs, on lui donne du salicylate de soude à la dose de 6 grammes pendant huit jours, puis on a diminué la dose petit à petit. Il a continué le salicylate de soude pendant plusieurs semaines et bientôt sont apparus les bourdonnements, vertiges qui ont cessé dès qu'il a cessé l'usage du salicylate. L'année dernière, nouvelle attaque de rhumatisme, le cou

de pied était très enflé ; on le remet au salicylate de soude à la dose de 4 grammes par jour. Dès le troisième jour les bourdonnements le reprennent, comme il a continué l'usage du salicylate, ses bourdonnements n'ont fait qu'augmenter pour ne plus cesser. Voilà huit mois qu'il n'a pris de salicylate de soude et néanmoins il a des bourdonnements, quelques vertiges.

A l'examen, les tympans sont normaux, il entend la montre à 0,04 centimètres du côté droit et à 0,10 centimètres du côté gauche, le diapason placé au milieu du front n'est perçu que faiblement par le côté gauche et pas du tout par le côté droit. L'épreuve de Rinne est négative à gauche et positive à droite.

On fait de la révulsion sur les apophyses mastoïdes, de l'électrisation, mais sans succès.

IV^e OBSERVATION PRISE A LA CLINIQUE

Congestion de voisinage — Jeune fille, 18 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Père mort phtisique.

Antécédents personnels. — Bronchite à 4 ans, reparaisant tous les hivers, réglée à 13 ans, très irrégulièrement, pertes abondantes.

Il y a huit jours, à la suite d'un courant d'air, elle a eu mal à la gorge. on a diagnostiqué une amygdalite, puis

elle a été atteinte d'un coryza aigu avec douleurs dans l'oreille droite, douleurs qui l'empêchaient de dormir, elle sentait des battements dans cette oreille et comme des piqûres d'aiguille; avec cela de la fièvre, une langue saburrale, de la courbature et de l'anorexie; elle souffrait lorsqu'elle avalait.

Elle vient à la clinique le 18 avril 96. A l'examen de la gorge on trouve une rougeur diffuse des amygdales et des piliers du voile du palais: au nez, les cornets, sont rouges, tuméfiés, un exsudat muco-purulent se tient à l'orifice des trompes et descend jusqu'au pharynx. Les tympans sont rouges, surtout le droit; on ne peut entrer le spéculum sans provoquer des cris et des douleurs violentes chez notre malade, qui se plaint en même temps de bourdonnements tels, qu'elle n'entend plus rien; elle a une sensation de vertige très pénible. Elle entend la montre à 0,05 centimètres à droite et 0,40 centimètres à gauche, elle perçoit bien le diapason du côté malade, moins bien cependant que de l'autre côté. On lui fait faire l'antisepsie de la gorge et des fosses nasales, on la soumet aux cautérisations de l'orifice des trompes par le chlorure de zinc à 1/100 et six jours après, les douleurs d'oreille ont complètement disparu, les bourdonnements ont beaucoup diminué, ils sont intermittents, les vertiges n'ont pas reparu. Le 26 avril, elle fait une application de teinture d'iode sur l'apophyse mastoïde du côté droit et le lendemain tous ces

symptômes avaient disparu, l'audition était redevenue normale.

V^e OBSERVATION DE ROHRER

Surdité hystérique. — Congestion d'ordre reflexe. —
Enfant de neuf ans ayant une grande hérédité neurasth -
nique tant du côté maternel que du côté paternel. A la suite
d'une diphtérie qui eut une heureuse issue, apparurent des
troubles auditifs attribués alors à des lésions de l'appareil
de perception et qui consistaient en aggravation subite ou
amélioration de l'ouïe, allant d'une surdité presque com-
pl te à une véritable hyperesthésie acoustique. Il y avait
des vertiges, de forts bruits subjectifs, des mouvements
choréiques du tronc et des extrémités, un développement
psychique surprenant de la polythagie   côté de la
diminution de la transmission osseuse et de la con-
servation de la perception des sons aigus. La position ho-
rizontale aggravait les bruits et le malade se trouvait tou-
jours mieux le soir que le matin (hyperémie labyrinthique).
La di te et la suggestion firent disparaître les accidents.

VI^e OBSERVATION PRISE   LA CLINIQUE

Congestion d'ordre reflexe. — Mlle D..., institutrice
22 ans.

Antécédents héréditaires. — Grand-père sourd.

Antécédents personnels. — A 10 ans elle a été un peu sourde sans avoir eu d'otorrhée. Depuis qu'elle a été réglée c'est-à-dire depuis l'âge de 14 ans, la surdité a empiré; c'est surtout aux moments de ses règles qu'elle entend le moins. Il y a trois ans elle a eu deux attaques d'hémiplégie; depuis cette époque la surdité n'a fait que s'accroître et les bourdonnements et vertiges, qu'elle n'avait eus jusque là qu'à de rares intervalles, sont maintenant continus.

Actuellement lorsqu'elle serre le ruban qu'elle porte au cou, les bourdonnements deviennent très forts, elle n'entend plus.

Si elle serre son corset plus que de coutume, si elle l'enlève, immédiatement les bourdonnements apparaissent avec leur intensité. Si on comprime les carotides on n'obtient aucun résultat, mais il suffit de presser doucement sur les jugulaires pour produire aussitôt l'effet cherché. Elle n'a rien au cœur.

A droite elle entend la montre à 0,03 centimètres, à gauche à 0,02 centimètres, elle ne perçoit le diapason d'aucun côté, lorsque le diapason est placé au milieu du front, mais elle le perçoit très bien sur les apophyses mastoïdes: l'expérience de Rinne est positive des deux côtés:

Nous avons soumis cette jeune fille au traitement que nous avons institué pour les hyperémies labyrinthiques, c'est-à-dire X gouttes avant chaque repas de teinture

d'hydrauliques, canalisations et au bout de trois jours elle nous affirmait n'avoir plus vu reparaitre ses bourdonnements ; de plus elle entendait la montre des deux côtés à trente centimètres. L'espérance de Rinne donnait un résultat négatif à gauche.

VII^e OBSERVATION DE LANNOIS, PRISE DANS LE SERVICE
DU PROFESSEUR LÉPINE

Leucocythémique. — Malade ayant eu plusieurs épistaxis, s'était un dimanche étendu sur son lit dans la journée comme il en avait l'habitude car il ne pouvait plus travailler. Il voulut se lever, mais à peine était-il debout qu'il fut précipité par terre dans une sorte de crise subite. Il ne perdit pas connaissance, il voyait tous les objets tourner autour de lui, mais il ne put expliquer s'il avait lui-même un mouvement giratoire subjectif. En même temps il avait dans les oreilles des sifflements internes. Quand on l'eut relevé, il se mit à vomir et continua ainsi pendant trois jours. Pendant ces trois jours le vertige fut presque continu, si bien que le malade ne pouvait faire un mouvement dans son lit. Le 3^e jour en quelques heures l'ouïe se perdit complètement. Il eût en même temps des hémorragies rétinienne avec leurs symptômes. Il avait la démarche prudente et craintive qu'a bien décrite Charcot dans le vertige chronique de Ménière. Il se tenait les jambes écartées, marchait près d'un lit ou d'un mur pour

se soutenir au besoin. Il n'entend presque rien, le grand diapason n'est pas entendu sur le front, il est perçu un peu sur les dents. Les tympans sont presque normaux. Le malade meurt le 25 avril 1891. On fait l'examen physiologique. On trouve un exsudat abondant remplissant le vestibule; il présente l'aspect d'un caillot ancien en voie d'organisation avec de la fibrine granuleuse, dans laquelle on trouve quelques globules rouges et blancs et des vaisseaux de nouvelle formation. Les ampoules des canaux semi-circulaires sont remplies par l'exudat. La cavité osseuse demi-circulaire est remplie par un tissu de nouvelle formation d'un aspect blanc nacré, tranchant assez nettement sur le reste de l'os. Le canal semi-circulaire membraneux a sa lumière intacte et conserve son épithélium. Au limaçon on a constaté seulement un peu d'infiltration à la partie inférieure de la rampe vestibulaire. A l'oreille droite, les lésions sont les mêmes. La substance osseuse du rocher est plus vasculaire, et creusée de nombreuses cavités dans lesquelles on trouve de la moelle osseuse avec de très nombreuses cellules ». Lannois.

Dans une autre observation : « Politzer a vu la rampe tympanique, depuis la base jusqu'au voisinage de la dernière spire, occupée par un tissu osseux de forme irrégulière qui est en relations étroites avec la paroi osseuse de la cochlée. Les cavités sont remplies par un tissu de nouvelle formation à des états de développement différents. En beau-

coup de points, le tissu ossifié est développé de telle sorte que la lame spirale osseuse paraît bombée contre la rampe vestibulaire; en un point de la spire inférieure et moyenne on trouve des amas irréguliers leucémiques ».

VIII^e OBSERVATION PERSONNELLE PRISE A LA CLINIQUE

Albuminur'que. — Demoiselle I. T. 22 ans borne. Antécédents héréditaires. Son père à la suite d'un froid a eu mal aux reins, on l'a soigné pour l'albumine, puis il es devenu sourd tout d'un coup. Même chose pour son frère qui travaillant au chemin de fer devient brusquement sourd d'une oreille à l'âge de 18 ans, toujours a la suite d'un refroidissement ayant occasionné des maux de reins et de l'albumine. Peu de temps après l'autre oreille était brusquement frappée. Depuis l'ouïe n'a jamais reparu.

Antécédents p rsonnels. — Rougeole à 13 ans; bien réglée. Il y a deux ans, la malade au moment de ses règles a pris froid, elle a eu à ce moment quelques douleurs dans l'oreille et quelques bourdonnements, lorsque l'hiver dernier elle a repris froid, et souffert d'une névralgie faciale droite, puis brusquement elle n'a plus rien entendu du côté droit; à ce moment elle a eu des vertiges et des vomissements. L'oreille gauche est restée bonne.

Depuis, elle se plaint de maux de tête fréquents, de dou leurs dans la région du nerf facial, elle a des fourmillemens dans les doigts, surtout les deux derniers; ses chevilles sons

un peu enflées. A l'auscultation du cœur on entend un doublement du premier bruit dont la première partie semble soufflante, le deuxième bruit de la base est renforcé, le pouls est fort, la tension artérielle semble augmentée. Nous avons examiné l'urine de midi. Traitée par l'ébullition et l'acide acétique, nous avons obtenu un précipité floconneux d'albumine. A froid l'acide azotique nous a donné un nuage, d'albumine et l'anneau coloré.

Rien au poumon ni au système nerveux et digestif. Si on examine la gorge et le nez on rencontre une légère hypertrophie des cornets. L'oreille droite malade a le tympan à peu près normal, à peine trouve-t-on une légère opacité au fond. L'audition est nulle à la montre, la perception par les os du même côté est également nulle pour la montre et le diapason.

L'expérience de Rinne donne un résultat positif. Elle entend le diapason de 60 vibrations et celui de 120 mais pas les autres.

Tous les traitements ont échoué jusqu'alors.

OBSERVATION PERSONNELLE PRISE A LA CLINIQUE

Albuminurique. — Mine L..., 22 ans, lingère. Accidents héréditaires. Sœur sourde totalement, âgée de 38 ans, devenue sourde très rapidement.

Antécédents personnels. — Scarlatine à huit ans, fièvre

muqueuse à 13 ans, réglée à 13 ans, bien réglée. Il y a 13 mois elle a eu deux enfants jumeaux, la grossesse s'était bien passée, sauf qu'elle a eu les jambes enflées. Deux mois avant l'accouchement elle avait été mise au régime lacté intégral. Depuis quatre ans elle est sourde. Elle avait de violents maux de tête depuis longtemps des maux d'estomac, de la dyspepsie, froid aux pieds, elle se levait toutes les nuits pour uriner une, deux, trois fois, même le plus souvent, puis un beau jour elle est devenue subitement sourde, avec des bourdonnements qui n'ont jamais cessé depuis, les vertiges très forts au début sont disparus complètement.

Rien au cœur ni au poumon ni aux systèmes digestif et nerveux sauf les malaises que nous avons signalés.

Nous avons examiné les urines et trouvé un léger nuage d'albumine ; deux jours après pour les urines du matin on trouvait un précipité abondant.

A l'examen des oreilles, on constate que l'examen des tympans sont un peu mats le pourtour du tympan gauche est rouge il y a de la catarrhe de la caisse et de la trompe du même côté. A droite rien de semblable. A l'épreuve de la montre, l'audition est nulle des deux côtés. Au diapason les vibrations sont justes du seul côté gauche. L'expérience de Rinne est positive à droite, négative à gauche.

Mise au régime iodé. sans résultats.

X^e OBSERVATION

Pneumonique. — M. C... 49 ans, découpeur.

Antécédents héréditaires. — Père mort phthisique.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures, on l'a seulement opéré d'un genuvalgum. Il y a 6 mois, il a eu une pneumonie gauche, tout s'est bien passé, il est sorti de l'hôpital parfaitement guéri, lorsque deux jours après il a été subitement pris de vertiges (il est tombé), de bourdonnements, puis il n'a plus rien entendu. Ses oreilles n'ont pas coulé. Il n'a pas eu de douleurs. Puis à la suite de cette surdité brusque, on l'a reconduit à l'hôpital, où M. Talamon l'a soigné pour une méningite. Il est ressorti trois semaines après sans présenter aucun phénomène morbide, sauf la surdité qui avait annoncé la méningite.

Etat actuel. — Le malade n'entend rien ou presque rien de ce qu'on lui dit, même à haute voix, le diapason posé au milieu du front n'est entendu d'aucun côté, l'expérience de Rinne est positive des deux côtés. Il entend les diapasons à 60 et 120 vibrations ; il n'entend pas les cylindres de Kœnig de 12.000. A l'examen du conduit auditif, on trouve les tympans absolument normaux ; les trompes sont perméables et il n'y a aucun phénomène congestif de ce côté.

XI^e OBSERVATION PRISE A LA CLINIQUE

Grippe. — Mme M., 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère s'est suicidée à 42 ans. Sœur, maladie nerveuse. Un de ses enfants a eu une otite à la suite de la rougeole.

Antécédents personnels. — Règlés à 13 ans, bien réglée, Pas de maladies antérieures. A 29 ans, metrorrhagies; elle avait des pertes à 4 ou 5 reprises dans un seul mois, pertes très abondantes, puis elle souffrait continuellement de maux de reins. A 31 ans, elle fut prise de frissons, de fièvre, de maux de tête, avec mal de gorge et toux fréquente; puis à la fin de sa grippe, dans un effort de toux, elle sentit quelque chose qui craquait dans les oreilles, puis elle fut brusquement atteinte de surdité avec vertiges, bourdonnements. Ces vertiges n'ont jamais cessé depuis; si elle veut se baisser, elle tombe infailliblement, les bourdonnements sont beaucoup plus forts à gauche et de ce côté elle souffre d'une violente névralgie. L'hiver dernier à la suite de purgatifs répétés ces vertiges avaient disparu, mais ils sont bientôt revenus.

Etat actuel. — L'audition est nulle, la perception de la montre et du diapason est nulle pour les os de la tête. L'épreuve de Rinne est positive des deux côtés. Les tympanes sont absolument normaux. A droite, le manche du marteau est légèrement injecté.

XI^e OBSERVATION PRISE A LA CLINIQUE

Grippe. — Mine M., 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère s'est suicidée à 42 ans. Sœur, maladie nerveuse. Un de ses enfants a eu une otite à la suite de la rougeole.

Antécédents personnels. — Règlés à 13 ans, bien réglée, Pas de maladies antérieures. A 20 ans, metrorrhagies; elle avait des pertes à 4 ou 5 reprises dans un seul mois, pertes très abondantes, puis elle souffrait continuellement de maux de reins. A 31 ans, elle fut prise de frissons, de fièvres de maux de tête, avec mal de gorge et toux fréquente; puis à la fin de sa grippe, dans un effort de toux, elle sentit quelque chose qui craquait dans les oreilles, puis elle fut brusquement atteinte de surdité avec vertiges, bourdonnements. Ces vertiges n'ont jamais cessé depuis; si elle veut se baisser, elle tombe infailliblement, les bourdonnements sont beaucoup plus forts à gauche et de ce côté elle souffre d'une violente névralgie. L'hiver dernier à la suite de purgatifs répétés ces vertiges avaient disparu, mais ils sont bientôt revenus.

Etat actuel. — L'audition est nulle, la perception de la montre et du diapason est nulle pour les os de la tête. L'épreuve de Rinne est positive des deux côtés. Les tympanosont absolument normaux. A droite, le manche du marteau est légèrement injecté.

On a fait prendre de la pilocarpine à la malade; elle n'en a retiré aucun résultat.

Traitement.

ANÉMIE LABYRINTIQUE. — Dans les cas d'anémie labyrinthique produite par des actions vaso-constrictives nous aurons recours aux vaso-dilatateurs, nitrite d'amyle, trinitrine ainsi que l'a fait M. Lermoyez. Nous ferons donc une ou deux injections sous-cutanées de un centimètre cube de la solution suivante :

Solution de trinitrine au 1/100 ^e	XXX gouttes
Eau de laurier cerise	10 gram.

Un centimètre cube correspond à XXX gouttes de la solution titrée de trinitrine.

Si cette anémie dépend d'une embolie, d'une thrombose, si l'on soupçonne la présence de la syphilis, l'iodure de potassium semble tout indiqué, d'abord par son action spécifique ensuite par son action hypérémiante. On donnera donc 2 à 4 grammes d'iodure de potassium.

On pourrait également avoir recours au sulfate de quinine qui a la dose de 80 centigrammes à une action hypérémiante manifeste. Avec des doses de 20 centigrammes, au contraire, on marcherait à l'encontre du but que l'on veut obtenir, on produirait une vaso-constriction et les bourdonnements, vertiges que l'on se propose de combattre, ne feraient que croître.

CONGESTION LABYRINTHIQUE. — Aux actions hyperémiantes, vaso-dilatatrices, nous opposerons des actions vaso-constrictives. L'ergot de seigle, l'hydrastis canadensis qui augmentent la contractilité vasculaire, l'hamamelis virginica qui lutte avantageusement contre la stase veineuse sont les médicaments de choix auxquels on doit avoir recours.

Dans les congestions par intoxication vaso-motrice, dans les congestions d'ordre réflexe, dans les congestions par stase veineuse, nous ferons prendre X gouttes avant chaque repas, de la mixture suivante :

Tre d'hydrastis canadensis	X gouttes
Tre d'hamamelis virginica	X —

Ou bien trois cuillerées à soupe par jour de la potion suivante :

Ergotine Boujean....A.	6 grammes
Sp.Ec. d'orangesamères.	50 —
Eau de laurier cerise....	5 —
Eau Distillée	200 —

Nous avons obtenu de très brillants résultats avec ces deux préparations. Sur quinze cas de congestions labyrinthiques traitées par cette méthode, nous avons obtenu à la clinique de M. le docteur Saint-Hilaire, quatre guérisons définitives et huit améliorations très notables. Dans trois cas, le résultat a été à peu près nul.

On voudra bien nous permettre de citer à cet égard une

observation, qui fait le plus grand honneur au traitement.

Mme M., 51 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une congestion cérébrale, frère mort de la même maladie.

Antécédents personnels. — Régée à 11 ans, irrégulièrement, pas de maladies antérieures. De 20 à 35 ans, pertes continuelles de sang dans l'intervalle des règles qui étaient assez irrégulières. Ménopause il y a deux ans. Depuis cette époque, maux de tête fréquents, bourdonnements, vertiges dans l'oreille droite, bouffées de chaleur à la tête. Elle vient à la clinique le 15 mai, se plaignant de vertiges et de bourdonnements continus. Ses tympans sont un peu congestionnés, il y a du catarrhe naso-pharyngien. Elle n'entend la montre qu'à cinq centimètres à droite, tandis que du côté gauche elle l'entend à plus de quarante centimètres. Le diapason posé vibrant au milieu du front est très bien perçu à gauche, à droite, elle le perçoit à peine. L'expérience de Rinne est positive. Le 20 mai on lui prescrit la 'potion à l'ergotine que nous avons formulée plus haut; le lendemain, après avoir pris trois cuillerées, elle ne présentait plus de vertiges, les bourdonnements de continus qu'ils étaient, sont intermittents et beaucoup moins forts. Le 29 mai, nous revoyons notre malade, ses vertiges n'ont pas reparu, ses bourdonnements ont disparu, néanmoins, sous l'influence de la fatigue, d'une marche forcée, ils reparaissent, mais très atténués. Le 3 juin, la malade revient enchantée, tous les phénomènes

due à la congestion labyrinthique et au catarrhe de la caisse concomitant n'ont plus reparu. La rougeur du tympan s'est effacée ainsi que le catarrhe du naso-pharynx.

Les révulsifs sur les apophyses mastoïdes, les purgatifs salins, l'électricité pourront également rendre quelques services.

Apoplexie labyrinthique. — Charcot avait institué un traitement de la maladie apoplectique, qui depuis a été fort attaqué par Gruber et Politzer. L'éminent professeur de la Salpêtrière faisait prendre à ses malades cinquante à soixante centigrammes de sulfate de quinine pendant plusieurs jours ; les bourdonnements et les vertiges s'amélioreraient parfois, disparaissaient même ; mais c'était aux dépens de l'audition qui ne tardait pas à être irrémédiablement perdue.

On a essayé également l'iodure de potassium qui agit en facilitant la résorption des exsudats par le coup de fouet qu'il donne à la circulation ; on a trop oublié aussi qu'il a une action hypérémiante et congestive. Néanmoins, dans tous les cas où il y a hypertension artérielle, où il y a de la sclérose vasculaire, on pourra donner l'iodure de potassium à la dose de cinquante centigrammes, un gramme par jour, pour éviter le retour d'une nouvelle rupture vasculaire ; il faudra éviter de le donner immédiatement après l'apoplexie, car souvent on voit les vertiges et bourdonnements augmenter d'une façon inquiétante. Si le malade a eu la

syphilis nous y aurons recours d'emblée et en donnerons quatre à six grammes par jour.

Que dire du traitement par la pilocarpine préconisé par Field. Schubert et Szeues de Buda-Pesth prétendent que la pilocarpine produit une résorption bienfaisante qui amène la cessation de l'hypérémie labyrinthique et de l'exsudat qui se serait produit en même temps dans l'oreille interne et dans l'oreille moyenne. Cette méthode a quelques succès à son actif. On pourra donc essayer une ou deux injections de un centigramme de chlorhydrate de pilocarpine.

Nous avons essayé l'hydrastis et l'ergotine qui ont diminué les bourdonnements, les vertiges, mais n'ont pu faire disparaître la surdité.

On pourra également avoir recours à la révulsion sur les apophyses mastoïdes, à l'électricité.

Voilà pour le traitement médical ; mais on a essayé chirurgicalement d'obtenir ce que la médecine a été jusqu'alors impuissante à donner. On a pratiqué pour diminuer la pression endolabyrinthique, une série d'opérations, désarticulation des osselets, désenchatonnement de l'étrier, dont les résultats sont loin d'être satisfaisants.

CONCLUSIONS

Nous devons conclure de ces faits :

1^o Que dans toute affection labyrinthique on doit s'attacher à préciser la cause des phénomènes morbides que nous observons.

2^o Que dès qu'on a acquis la certitude qu'on se trouve en présence de troubles vasculaires, on doit ici comme dans les autres organes, pouvoir leur attribuer la production de trois états morbides : anémie, congestion, apoplexie, se manifestant par des symptômes parfois difficiles à différencier.

3^o Qu'une fois qu'on est parvenu à les différencier il faut avoir recours à une thérapeutique raisonnée, seule capable, jusqu'à ce jour de nous conduire, à travers les affections du labyrinthe, au but que nous poursuivons.

Vu par le Doyen :

P. BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

E. GRANCHER

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Testut.** — Traité d'anatomie, tome III.
Siebenman. — Die Corrosions Anatomie des Koncherchen. Labyrinthes des Menschl Ohres.
Schwalbe. — Ueber die glomeruli arterion der Gehverschnecke.
Masini. — Archivi itali. div. Olol.
Corradi. — — — — —
Szénes. — Archiv für Ohrenheilk.
Hayem. — Leçons de thérapeutique.
Manquat. — Traite de thérapeutique, vol. I et II.
Germain-Sée. — Compte-rendu à la société de Biologie.
Gellé. — Traité des maladies de l'oreille.
Politzer. — Traité des maladies de l'oreille.
Rutten. — Vertige auriculaire, Union médicale 92.
Debove et Achard. — Manuel de médecine.
Dieulafoy. — Manuel de Pathologie interne.
Leromyez. — Semaine médicale.
Ollivier et Ranvier. — Archives de Physiologie.
Garnault. — Semaine médicale 94.
Sleinbrügge. — Anatomie pathologique du labyrinthe.
Gradentgo. — Sordita di utérismo.
Charcot. — Leçons de la Salpêtrière.
Miot et Herck. — Bourdonnements. Revue de Laryngologie.
Wagenhauser. — Archiv fur Ohrenheilk.
Field. — Pilocarpine dans la surdité labyrinthique (British medical Journal).

